GOVERNO DO ESTADO DO ESP SANTO **LOGOMARCA DO HOSPITAL**		**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE CORPOS PARA EXAME NECROSCÓPICO NO** **SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS**

Encaminhamento: IML ( ) SVO ( )

A SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO:

I – DADOS DO SOLICITANTE:

INSTITUIÇÃO:____

CLÍNICA:____________________________ TEL(S) CONTATO:________________

DATA DA SOLICITAÇÃO: ______/______/______ HORA:________

MÉDICO SOLICITANTE E CRM:______________________________

II – DADOS SOBRE O FALECIDO:

NOME:____

SEXO:__________ IDADE:________________ COR:______________

DATA DA INTERNAÇÃO:______/______/______ HORA:________

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:______________ DIA E HORARIO DO OBITO ______________________

III – TRANSPORTE DO CORPO:

SAÍDA DA INSTITUIÇÃO/ DATA: ______________________________ HORA: ________

EMPRESA RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE:______________________________

MOTORISTA:____

ASSINATURA DO MOTORISTA:______________________________

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE

IV - HISTÓRICO:

CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO:

V – EVOLUÇÃO:

VI – PROCEDIMENTOS E/0U EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS:

VII – HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

MÉDICO SOLICITANTE: ____

CRM: ____________________ **DATA:** __________/_________/________

ENVIAR EM FOLHA ANEXA OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS.
NOS CASOS DE ÓBITOS FETAIS E/OU RECEM NASCIDOS ENCAMINHAR PLACENTA JUNTAMENTE COM O CORPO.